



5010-6. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN RECIENTE Y NECESIDAD DE ANTICOAGULACIÓN: EL SECRETO ESTÁ EN LAS GUÍAS

Laura Rodríguez Sotelo, Irene Marco Clement, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Juan Caro Codon, Carlos Merino Argos, Luis Alberto Martínez Marín, Lorena Martín Polo, José María García de Veas Márquez, Laura Peña Conde, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Juan Ramón Rey Blas y José Luis López-Sendón Hentschel, del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: A día de hoy sigue resultando controvertido cuál es el régimen terapéutico más adecuado en los pacientes con necesidad de anticoagulación oral y revascularización reciente. Las guías de práctica clínica cada vez tienen más en cuenta la posibilidad de un único antiagregante junto a la anticoagulación en pacientes de alto riesgo hemorrágico. La escala HAS-BLED una de las escasas herramientas de las que disponemos. El objetivo del estudio fue valorar la aplicabilidad de la misma en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional que incluyó a pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) que ingresaron en cardiología desde septiembre de 2016 hasta enero de 2018 y que presentaban al alta hospitalaria indicación de anticoagulación. Se realizó su seguimiento posterior mediante llamadas telefónicas y búsqueda en la historia clínica.

Resultados: Durante 16 meses, de 723 pacientes ingresados en cardiología con síndrome coronario agudo o de manera programada para realización de cateterismo cardiaco, se incluyeron 92 que cumplían criterio de anticoagulación y a los que se le realizó ICP. Edad media $73,9 \pm 8,9$ años, 22,8% mujeres. Las características del total de la muestra y diferenciales del grupo que presentó sangrados frente al que no, se muestran en la tabla. Los pacientes con mayor riesgo hemorrágico (HAS-BLED ≥ 3) recibieron en menor medida triple tratamiento (31, 66 frente a 38, 84,4%) $p = 0,041$ y en mayor proporción nuevos anticoagulantes (23, 48,9 frente a 8, 17,8%) $p = 0,002$. El seguimiento fue de una mediana de (9,5 meses RIQ 5-15), no hubo diferencias significativas en cuanto al número de sangrados totales, sangrados mayores, eventos isquémicos ni en la mortalidad entre los grupos de mayor y menor riesgo hemorrágico.

	Total de pacientes (n = 92)	Riesgo hemorrágico bajo (HAS-BLED 3) (n = 45)	Riesgo hemorrágico alto (HAS-BLED ≥ 3) (n = 47)	P
Edad media $\pm$ DE	$73,9 \pm 8,9$	$71,1 \pm 9,1$	$76,6 \pm 7,8$	0,003

Mujeres n (%)	21 (22,8)	10 (22,2)	11 (23,4)	0,893
Hipertensión n (%)	82 (89,1)	40 (88,9)	42 (89,4)	0,942
Dislipemia n (%)	60 (65,2)	24 (53,3)	36 (76,6)	0,019
Tabaquismo n (%)	14 (15,2)	10 (22,2)	4 (8,5)	0,073
Diabetes n (%)	38 (41,3)	12 (26,7)	26 (55,3)	0,005
Sangrado previo n (%)	8 (8,7)	1 (2,2)	7 (14,9)	0,031
Fracción de eyección (%), media ± DE	46,9 ± 13,6	45,6 ± 14,5	48,2 ± 12,7	0,382
Tasa de filtrado glomerular ml/min/1,73 m ² media ± DE	64,0 ± 25,3	73,6 ± 21,2	55,1 ± 25,7	0,001
Revascularización completa n (%)	39 (42,4)	19 (42,2)	20 (42,6)	0,639
IAMCEST n (%)	20 (21,7)	16 (35,6)	4 (8,5)	0,007
Uso de NACO n (%)	31 (33,7)	8 (17,8)	23 (48,9)	0,002
Uso de doble terapia	23 (25)	7 (15,6)	16 (34)	0,041
Sangrado que requirió atención médica n (%)	31 (33,7)	14 (31,1)	17 (36,2)	0,608
Sangrado mayor n (%)	12 (13)	4 (8,9)	8 (17)	0,247
Ingreso por sangrado n (%)	11 (12)	4 (8,9)	7 (14,9)	0,375
Muerte n (%)	4 (4,3)	1 (2,2)	3 (6,4)	0,328
Muerte cardiovascular n (%)	2 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,1)	0,975

Conclusiones: En una cohorte contemporánea de pacientes con revascularización reciente e indicación de anticoagulación, el tratamiento antitrombótico adaptado al riesgo hemorrágico individualizado del paciente permitió que aquellos pacientes que partían con un perfil de riesgo alto tuvieran una tasa de sangrados similar al de pacientes con menor riesgo.